

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v7i2.192>

Reflexiones sobre la Hospitalización a domicilio quirúrgica

Reflections on Surgical Home Hospitalization

Maria Carmen Mias-Carballal^{1,2,3}  0000-0002-3138-3652

1. Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Servicio de Cirugía General, Lleida, España.
2. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Lleida, España.
3. Instituto de Investigación Biomédica de Lleida (IRBLleida), Lleida, España.

Correspondencia/Correspondence

Maria Carmen Mias Carballal
mcmias.lleida.ics@gencat.cat

Recibido/Received

25.03.2023

Aceptado/Accepted

25.03.2023

Conflicto de Intereses/Competing interest

Ninguno.

Financiación/Funding

No se han recibido fuentes de financiación.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Mias-Carballal MC. Reflexiones sobre la Hospitalización a domicilio quirúrgica Reflections on Surgical Home Hospitalization. *Hosp Domic.* 2023;7(2):69-72.

La hospitalización a domicilio quirúrgica (HaDq) es una modalidad asistencial que permite atender en el domicilio a pacientes quirúrgicos intervenidos o no, que precisan atención de rango hospitalario, por un equipo de atención especializada^(1,2). Son pacientes que sin la HaD tendrían que permanecer en el hospital⁽²⁾. Los equipos de HaD que quieran atender todo tipo de paciente quirúrgico (HaDq) deberían incorporar especialistas quirúrgicos y enfermeras expertas en pacientes quirúrgicos.

El ingreso en HaDq precisa los mismos requisitos básicos que la HaD convencional: aceptación del paciente, estabilidad clínica, y residencia en zona de cobertura, y comparte los mismos objetivos que definen las dos modalidades de HaD ya conocidas: el acortamiento de estancias hospitalarias, y la evitación de ingresos⁽³⁾.

La HaDq es una alternativa más a la hospitalización convencional para liberar camas quirúrgicas, junto con la Cirugía sin ingreso o CMA (intervenciones sin ingreso hospitalario), las Unidades de Recepción de pacientes o URP (para evitar ingresos preoperatorios), o los Hospitales de Día (preparación y observación pre y post pruebas, administración de medicaciones hospitalarias (antibióticos, hierro, marcapasos preoperatorios)⁽⁴⁾.

Los cambios tecnológicos como la aparición de la laparoscopia, la cirugía mínimamente invasiva, la cirugía robótica mucho más precisa, que reducen la agresión quirúrgica, o la radiología intervencionista que permite solucionar complicaciones quirúrgicas sin cirugía, han contribuido a evitar el ingreso y/o a disminuir la estancia hospitalaria quirúrgica, aumentando las indicaciones de ingreso en HaD de los pacientes quirúrgicos, pero será necesario disponer de especialistas quirúrgicos en los equipos de HaDq para un manejo más seguro y de calidad.

El tipo de paciente quirúrgico candidato a HaDq, según la cartera de servicios de HaD propuesta en el documento de consenso HAD2020 de la SEHAD⁽⁵⁾, se agrupan según su relación con el procedimiento quirúrgico en:

a) postoperados con alta precoz: se pueden incluir pacientes procedentes de CMA, que precisarían ingreso hospitalario y cumple perfil de HaDq., o de cirugía programada o urgente con alta precoz, disminuyendo la estancia hospitalaria por debajo del tiempo medio estimado para ese postoperatorio

b) postoperados con complicaciones postoperatorias: se incluyen en este grupo cualquier tipo de complicación quirúrgica relacionada con un procedimiento quirúrgico que precisaría de ingreso hospitalario por intensidad de curas, complejidad, tratamientos, necesidad de monitorización, o pruebas complementarias preferentes, y pueden ser infecciosas (sistémicas o de sitio quirúrgico), metabólicas, dehiscencias internas y externas, etc...

c) pacientes quirúrgicos no operados: incluye a todos aquellos pacientes con patología quirúrgica, no operados, que precisan algún tipo tratamiento médico de uso hospitalario, estudio preferente, nutrición artificial domiciliaria (NED o NPD), o curas de heridas crónicas agudizadas, y que podrían precisar algún tipo de procedimiento quirúrgico, según su evolución.

Respecto a las prestaciones que se pueden ofrecer en el domicilio a los pacientes ingresados en HaDq destacamos: valoraciones clínicas, control de constantes, extracciones analíticas, medicaciones endovenosas, pruebas de laboratorio, gestión preferente de pruebas complementarias intervencionistas o no, nutrición artificial domiciliaria (enteral o parenteral), curas complejas de heridas agudas (quirúrgicas o traumáticas) y crónicas agudizadas, control, manejo y extracción de drenajes, cirugías menores, educación sanitaria de los cuidadores (manejo de bombas, cura heridas, nutrición, movilización, manejo de drenajes, higiene, ostomías, ejercicios de rehabilitación),

soporte en programas quirúrgicos especiales (cirugía de tiroides y paratiroides con CMA, PTC , PTR, entre otros), o en programas de Prehabilitación Multimodal Preoperatoria⁽⁵⁻⁷⁾.

El paciente quirúrgico en HaD es un paciente estable clínicamente, lo que facilita su manejo asistencial en el domicilio, pero conlleva una elevada carga de trabajo para enfermería^(6,7), y para los cuidadores, por lo que es necesario trabajar intensamente la educación sanitaria y el empoderamiento del paciente y cuidador en la evolución de la enfermedad para conseguir una asistencia en el domicilio segura y que realmente mejore la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar.

Se pueden incluir en HaDq todas las especialidades quirúrgicas⁽⁶⁻⁷⁾, pero han de ser los servicios quirúrgicos hospitalarios los que decidan qué tipo de paciente es candidato a HaDq, cuando y qué tipo de prestaciones se le han de garantizar en el domicilio, mediante la elaboración de protocolos o guías clínicas para el manejo con seguridad y calidad de este tipo de pacientes en el domicilio. El especialista quirúrgico ha de ser el responsable final de este tipo de pacientes⁽⁷⁾, por lo que ha de establecer los circuitos que considere adecuados para garantizarlos (visitas en domicilio médicas, visitas preferentes en consultas externa), y la relación con el equipo de HADQ (equipo multidisciplinar). Será necesario el desarrollo de guías y protocolos consensuados entre los equipos de HaD y los servicios quirúrgicos.

Por último, los pacientes que precisen ingreso en HaDq se irán modificando con el tiempo, en función de la evolución tecnológica y las necesidades de los servicios quirúrgicos⁽⁷⁾, a los que se les exige cada vez más minimizar el uso de camas hospitalarias. Así en la incorporación de nuevos procedimientos quirúrgicos por CMA, la HaDq puede ser un buen soporte inicial, para garantizar la seguridad del proceso quirúrgico, al incluir visitas de seguimiento en el domicilio durante las primeras, así como agilizar el alta precoz de procedimientos quirúrgicos más complejos, realizando en el domicilio las prestaciones de rango hospitalario que precisen, hasta que el paciente pueda ser derivado a Atención Primaria para continuidad asistencial.

Es necesario conseguir que la HaDq, sea una modalidad de alta hospitalaria habitual en los pacientes quirúrgicos que precisen atención de rango hospitalario en el domicilio, durante un período corto, es decir hasta que la Atención Primaria pueda asumir la continuidad asistencial. Para ello será necesario realizar guías clínicas que definan muy claramente las prestaciones de la HaDq en el domicilio, y realizar una buena educación sanitaria del paciente y el cuidador, empoderándolos en la evolución del proceso quirúrgico del paciente, para garantizar la seguridad y la calidad de la asistencia sanitaria, y mejorar la calidad de vida de los pacientes y de su entorno familiar.

Los hospitales continúan estando colapsados por pacientes médicos agudizados muy frágiles, que no pueden ser derivados directamente al domicilio ni con HaD, porque precisan de un recurso SS para convalecencia. También existen pacientes quirúrgicos, que por su fragilidad, soporte social, lugar de residencia, o cuidados postoperatorios precisarán de un ingreso en un SS para convalecencia al alta hospitalaria, pero la detección precoz de estas necesidades con los programas ERAS podrían minimizar el problema de camas para pacientes quirúrgicos programados, y también en este caso la HaDq podría tener un papel facilitador^(8,9).

Nuestro hospital lleva atendiendo pacientes quirúrgicos con HaD desde su origen en 1997, y la HaDq ha sufrido diferentes rediseños organizativos, la última en el 2010. Siempre ha incluido especialistas quirúrgicos en el equipo de HaD (cirujano general, cirujano vascular y traumatólogos) que revisan los pacientes en el domicilio, en hospital de día, o en consultas preferentes, y dispone de enfermeras especializadas en pacientes quirúrgicos. En la actualidad se ingresan más de 600 pacientes/año, lo que representa el 34% de toda la actividad de la unidad de HaD, de los cuales el 83% son de cirugía general, y el 14% de cirugía vascular, y el 3% de COT.

BIBLIOGRAFÍA

1. Massa Domínguez B. La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. *Hosp Domic.* 2017;1(1):7-9. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i1.8
2. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial* 24 del Estado núm. 222 (16-09-2006). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030/con>
3. Servei Català de la Salut. Model Organitzatiu d'hospitalització a domicili de Catalunya: Alternativa a l'hospitalització convencional [manuscrito en Internet]. Barcelona, España servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2020. [consultado 28/2/23]. Disponible en: bit.ly/3QZmDSS
4. González Ramallo VJ, Valdivieso Martínez B, Ruiz García V. Hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc)*. 2002;118(17):659-64. DOI: 10.1016/s0025-7753(02)72488-3
5. Mias Carballal MC, coordinadora. Cartera de Servicios de la Hospitalización a Domicilio en España [monografía en Internet]. Madrid, España: Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio; 2020 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/3n2XbSY>
6. Subirana H, Borrell N, Domènech A, Fraga A, Grau I, Castellví J. Unidad de Hospitalización a Domicilio del paciente quirúrgico durante la pandemia de la COVID-19. *Hosp Domic.* 2021;5(1):9-16. DOI: 10.22585/hospdomic.v5i1.111
7. Mias MC, Villalobos R, Escartín A, Maestre Y, Fulthon F, Ribalta R, et al. Hospitalización a domicilio para pacientes quirúrgicos ante una pandemia por SARS-CoV-2: nuestra experiencia. *Hosp Domic.* 2023;7(1):11-24. DOI: DOI: 10.22585/hospdomic.v7i1.182
8. Mias MC, Villalobos R, Escartín A, Ribalta R, Olsina JJ, Torres A, et al. Estudio multicéntrico preliminar sobre el estado nutricional en hospitalización a domicilio (HaD) con una misma aplicación informática de valoración nutricional. *Nutr Hosp.* 2018;35(6):1340-6. DOI: 10.20960/nh.2006
9. Mias MC, Jürschik P, Massoni T, Sadurní M, Aguilá JJ, Solá R, et al. Evaluación del estado nutricional de los pacientes mayores atendidos en una unidad de hospitalización a domicilio. *Nutr Hosp.* 2003;18(1):6-14.